

FHP MCO

Accompagnement stratégique sur la réforme
de financement des maternités

Journée des métiers

22 juin 2022



The better the question. The better the answer.
The better the world works.

The EY logo, consisting of the letters 'EY' in a bold, white, sans-serif font, with a yellow triangle pointing upwards to the right of the 'Y'.

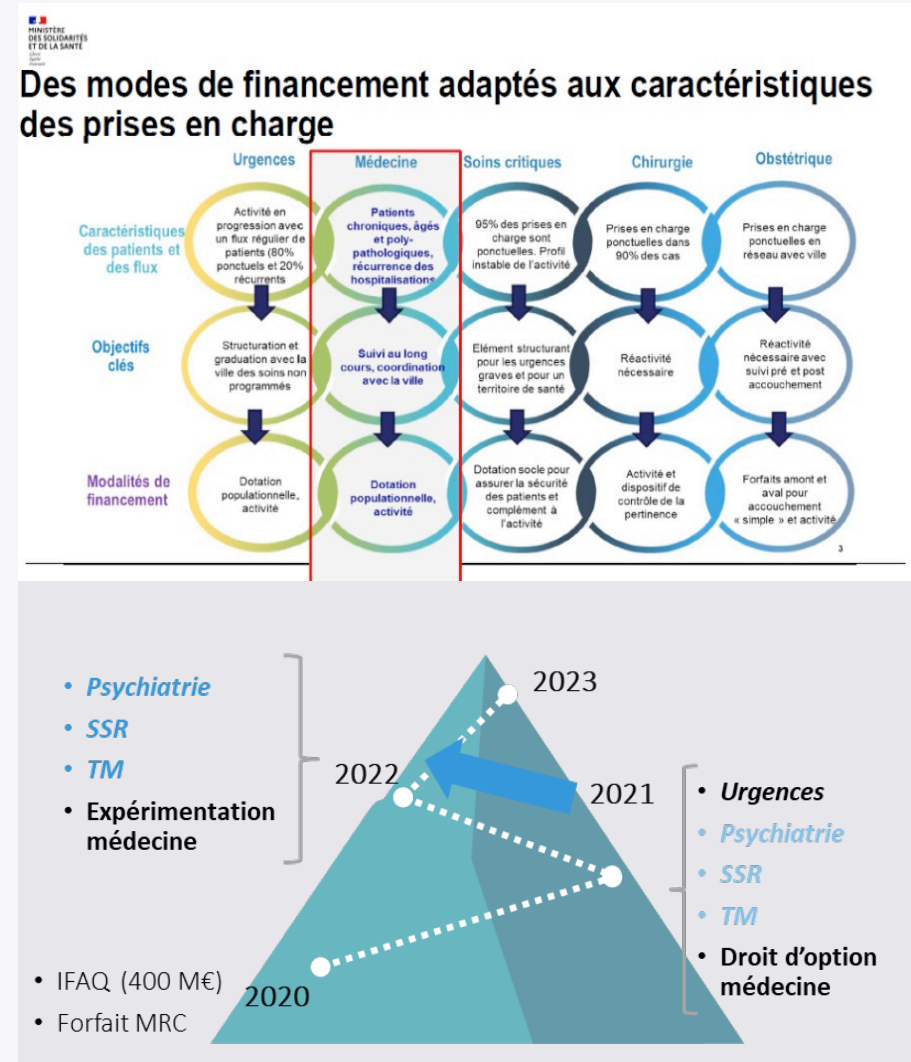
Building a better
working world

Contexte

Quels freins doivent être levés à l'occasion de la réforme du financement des maternités privées ?

L'évolution des modèles de financement touche tous les secteurs

- ▶ Très en vogue dans les années 2000, le financement 100% lié à l'activité des établissements de santé a depuis une petite dizaine d'années été remis en cause en France.
- ▶ A partir de 2012, des alternatives au tout T2A ont été recherchées :
 - ▶ financement des activités isolées
 - ▶ mise en place d'un mode de financement spécifique pour les hôpitaux de proximité
 - ▶ instauration d'une part de financement à la qualité (IFAQ)
- ▶ En 2016, le rapport Véran, sur l'évolution des modes de financement des hôpitaux formulait des préconisations dont certaines ont été intégrées à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 :
 - ▶ mise en place progressive d'une part de financement fixe pour les activités de soins critiques (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) ;
 - ▶ création d'une prestation intermédiaire, entre la consultation et l'hospitalisation de jour, pour mieux valoriser le travail pluridisciplinaire ;
 - ▶ extension du modèle de financement des hôpitaux de proximité aux établissements de SSR.
- ▶ Les travaux les plus récents visent à conforter les évolutions engagées dans une tendance qui concerne tous les secteurs afin de limiter le champ d'application de la T2A aux activités pour lesquelles elle est la plus adaptée ;
- ▶ C'est aussi dans cet esprit que des financements à l'épisode de soins pour les actes lourds (EDS) ou au parcours pour les pathologies chroniques qui impliquent médecine de ville et médecine hospitalière ont été lancées ;



Les travaux du GE « naissance » avaient déjà listé un certain nombre de problématiques...

▶ **Pour les cliniques**

- ▶ Des difficultés à recruter y compris des GO dans les plus petites structures
- ▶ Impossibilité de facturer les urgences GO quand il n'y a pas eu de reconnaissance
- ▶ Des niveaux qui posent problème par le personnel nécessaire

▶ **Pour les Gynécologues obstétriciens**

- ▶ crise démographique des gynécologues-obstétriciens en général
- ▶ Des primes d'assurance importantes
- ▶ Des astreintes pas suffisamment rémunérées

▶ **Pour les SF**

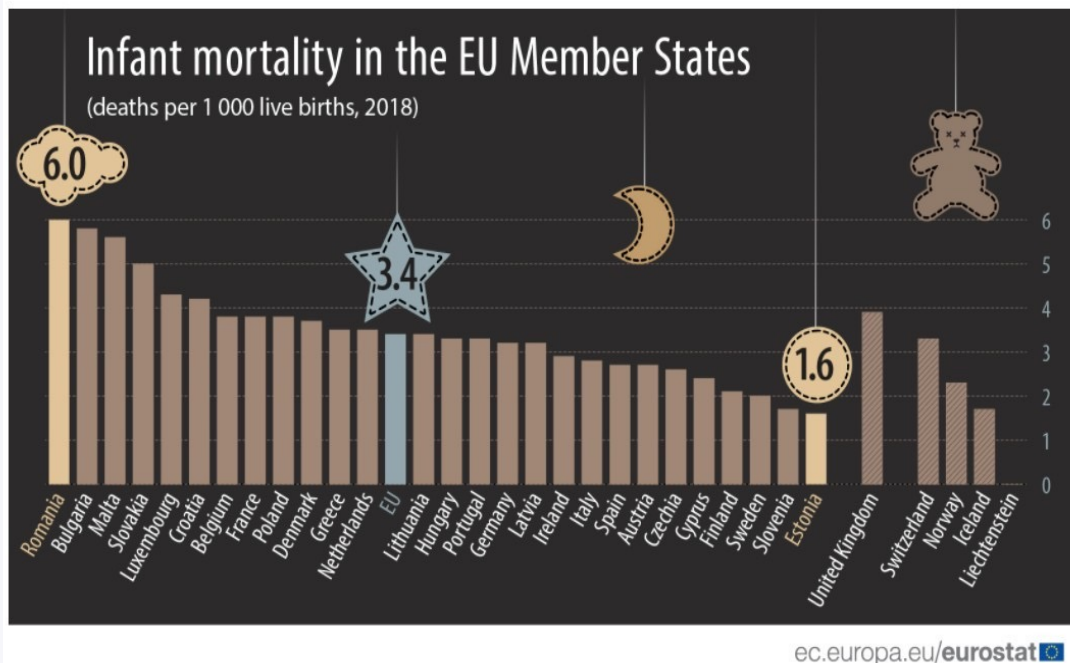
- ▶ Impossibilité de déployer toutes leurs compétences et notamment la réalisation de l'entretien prénatal précoce (EPP) alors qu'il est le fer de lance de la nouvelle politique périnatale
- ▶ Impossibilité d'assurer la cotation d'actes ce qui empêche le partage de compétences
- ▶ Pas de possibilité d'assurer les soins au bloc et en SSPI
- ▶ Un manque d'attractivité de l'exercice en clinique

▶ **Pour les pédiatres**

- ▶ Crise démographique
- ▶ Un exercice en clinique peu attractif et une fuite vers le secteur de ville

...auxquelles s'ajoutent des données contextuelles

Les données EUROSTAT ne placent pas la France en situation favorable pour la mortalité infantile



En comparaison avec d'autres pays européens, il y a chaque année en France un excès d'environ 1200 décès d'enfants âgés de moins d'un an

Les données Insee traduisent une augmentation du taux de mortalité infantile en France depuis 2012

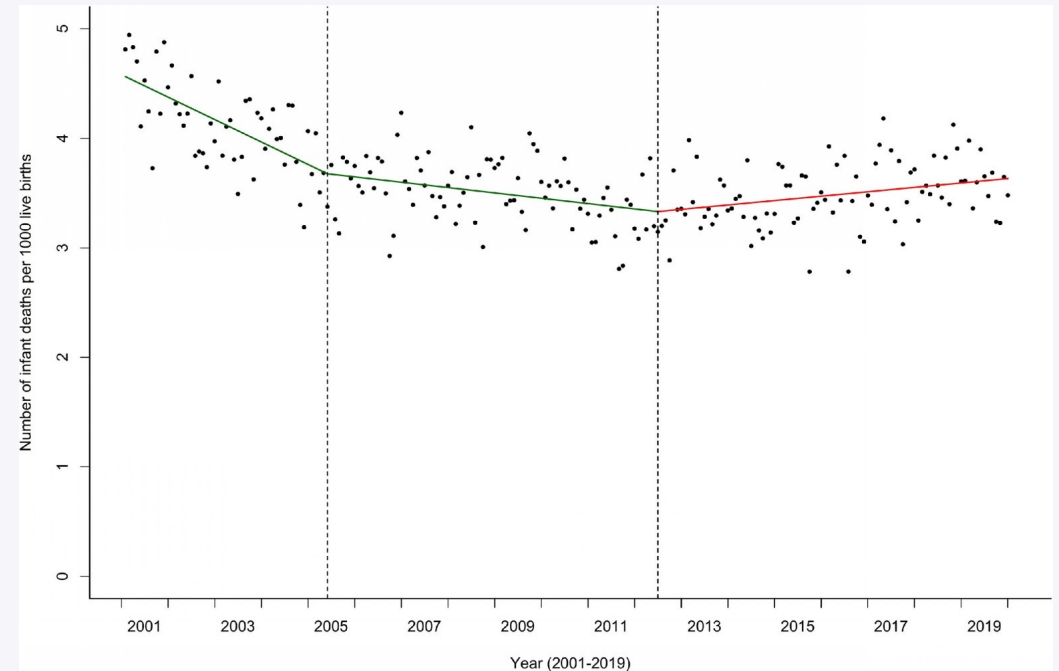


Figure 1. Taux de mortalité infantile en France (2001-2019) : évolution temporelle du nombre mensuel de décès de nourrissons de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes (ligne continue) et points de rupture où la pente a changé (ligne verticale pointillée)

Les enseignements du rapport du CIANE sont inquiétants (10 000 retours)

30%

Des femmes disent avoir plutôt mal ou très mal vécu leur accouchement

4

Evènements ont une importance majeure sur le vécu de l'accouchement :

- Les inquiétudes sur la santé de la mère
- La césarienne en urgence
- L'hospitalisation du bébé à la naissance
- La séparation du bébé à la naissance

24% des primipares qui n'ont pas suivi de préparation ont très mal vécu leur accouchement

Entre **20% et 30%** des femmes pensent avoir fait une dépression post partum sans avoir été diagnostiquées

entre **20 et 30%** des femmes ont eu le sentiment de ne pas avoir eu une bonne connaissance des conditions d'accouchement dans le lieu où elles ont accouché

55

Pourcentage de femmes qui n'ont pas reçu d'explications lorsque leurs souhaits sur l'accouchement n'ont pas été respectés

25% des primipares et **15%** des multipares ont été stressées par la recherche d'un intervenant pour le suivi de leur grossesse

Un quart des primipares considèrent qu'elles n'avaient pas assez d'information concernant leur vie avec leur enfant (comment s'en occuper, sa santé, son développement)

Les visites des sages-femmes à domicile sont un élément de sécurisation essentiel lors des premières semaines à la maison

4 primipares sur 10

Se sentent insuffisamment accompagnées dans les soins à leurs enfants lors du séjour en maternité

Allaitement
L'aide apportée par le personnel de maternité est considérée comme la moins utile, à l'inverse des sages-femmes à domicile et des associations de soutien

33% des femmes se sont senties parfois non respectées par les professionnel(le)s pendant leur suivi

3 femmes sur 10 n'ont pas pu choisir leur lieu d'accouchement

SWOT maternités privées en France en 2022

Forces

- Gynécologue choisi par la femme, qui va réaliser tout le suivi de grossesse et vu au cours du séjour (stabilité du référent +++)
- Modèle orienté sur une hôtellerie de qualité
- Recherche des labels de qualité
- Hiérarchie plus plate, plus réactive
- SF avec des compétences élargies depuis 2010 (gynécologie de prévention et IVG médicamenteuse)

Opportunités

- Possibilité de réviser la stratégie de groupe rapidement pour s'adapter aux évolutions des attentes des couples
- Philosophie partagée avec le secteur libéral de ville/paiement à l'acte qui devrait faciliter la collaboration
- Stratégie des 1000j crée une attention particulière pour le pré et le post natal
- Entretien prénatal précoce obligatoire permettra une captation de la patientèle si les SF peuvent coter cet acte
- Développement d'un modèle de soins moins médicalisé (maisons de naissance) et incitation du national à déployer ce modèle

Faiblesses

- Maternités = secteur de soins à haut risque pourvoyeuses de difficultés médico-légales: primes assurances pour les gynéco-obstétriciens élevées, conflit SF, difficultés de recrutement
- Contraintes réglementaires (CTF spécifiques et normées)
- Absence de cotation des actes des SF et compétences des SF non valorisées
- Non reconnaissance des urgences gynécologiques

Menaces

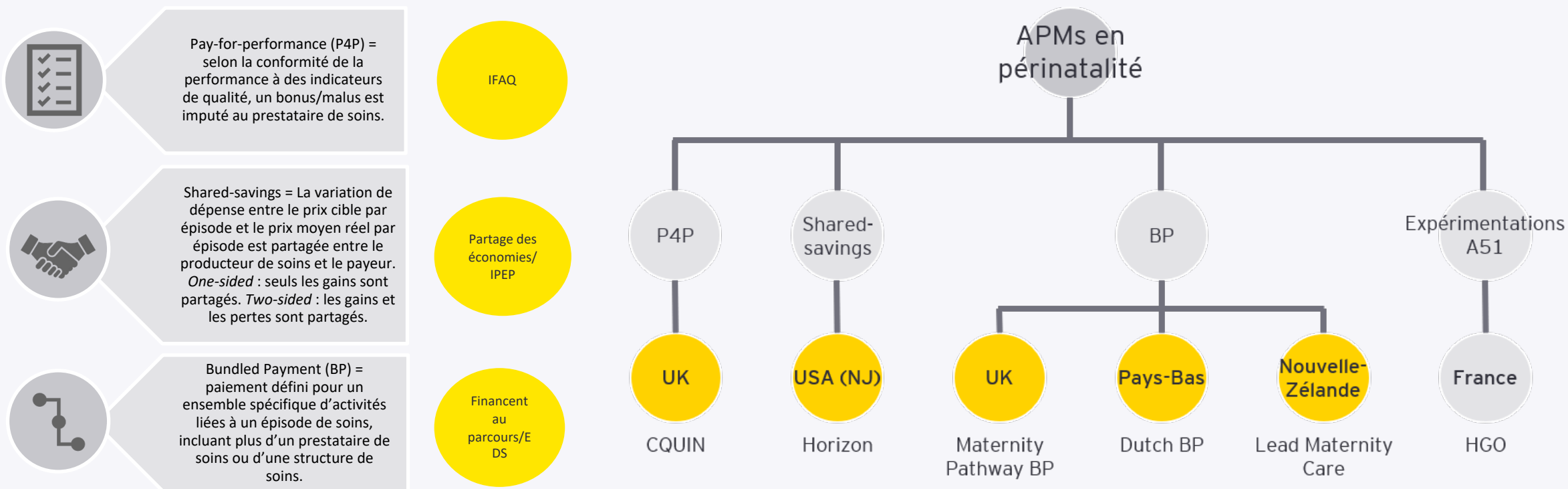
- Baisse de la natalité
- Baisse de la démographie des gynécologues, pédiatres et maintenant des sages-femmes
- Modification des conditions de travail et modes d'installation (amplification par le Ségur et pour les jeunes SF)
- Réforme non effective du décret de périnatalité (types, compétences et volet RH)

Benchmark international

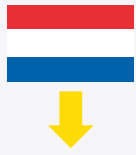
Quels sont les modèles de financement développés à l'étranger pour financer la périnatalité ?

Premiers modèles de financement alternatifs à la tarification à l'activité

L'article de *De Vries et al.*, intitulé *A Scoping Review of Alternative Payment Models in Maternity Care: Insights in Key Design Elements and Effects on Health and Spending* et paru en 2021, recense différents modèles de paiements alternatifs (APMs = Alternative Payment Models). L'article illustre 3 modèles de financement alternatifs au travers de 17 exemples répartis dans 4 pays : le Royaume-Uni, les USA, les Pays-Bas et la Nouvelle-Zélande. Parmi ces 17 exemples, 2 sont des pay-for-performance (paiements à la performance), 7 sont des shared-savings et les 8 derniers sont des bundled payment (paiements à l'épisode de soins).



Enseignements du benchmark



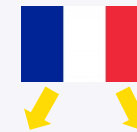
- Financement au parcours appelé Bundled Payment for Maternity Care (2017)
- Programme pilote expérimenté par 8 groupes régionaux pendant 5 ans
- Les professionnels de santé se regroupent en Organisation des soins de naissance (IGO)
- Forfait : combinatoire de 9 modules répartis en 3 phases (prénatale, natale et postnatale) et 2 niveaux de complexité (standard ou complexe)
- Le forfait s'achève une semaine après la naissance
- Complexité du regroupement des professionnels (statuts de métiers, perte d'autonomie, conflits d'intérêts, ...)



- Financement au parcours appelé Maternity Pathway Bundled Payment (2013)
- Choix d'un bundled payment pour réduire le nombre de courts séjours en obstétrique durant la grossesse
- Forfait avec 3 phases : prénatale, natale et postnatale pour les grossesses sans complications
- Le forfait s'achève 6 semaines après la naissance
- La majorité des accouchements a lieu en secteur public
- Choix par chaque femme de son « lead provider », qui reçoit la totalité du paiement et rémunère ensuite les autres acteurs de la prise en charge
- Complexité du suivi des paiements
- Le coût global de la maternité n'a pas connu de baisse importante



- Financement au parcours appelé Lead Maternity Care Model (2007)
- Forfait organisé autour de 3 phases : prénatale, natale et postnatale
- Choix d'un professionnel référent pour la coordination des soins de la parturiente (SF dans plus de 90% des cas)
- Inclusion des grossesses à faible et à haut risques



RéPAP

- Parcours personnalisé de périnatalité coordonné, grâce à l'accompagnement par un Référent Parcours Périnatalité
- Expérimentation sur 4 territoires pendant 18 mois
- Parcours consiste en 4 entretiens (3h), du conseil téléphonique (1h) et de la coordination (1h)
- Parcours renforcé inclut 3h supplémentaires
- Financement mixte du parcours : forfait socle et forfait additionnel pour le parcours renforcé
- Similitudes avec le modèle néo-zélandais (accent mis sur la coordination et la continuité du parcours)

HOSPI GO

- Parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique
- Expérimentation par trois cliniques pendant 3 ans
- Financement au parcours : forfait proche des bundled payments anglais et néerlandais
- Combinaison de 3 phases (prénatale, natale et postnatale) et 2 catégories d'acteurs (libéraux et établissement) aboutissant à 5 parcours

Enseignements du benchmark



- ▶ **Financement à l'activité** : système de classification en DRGs des séjours d'hospitalisation (accouchements) ou des visites en consultation (soins anténataux)
- ▶ **Exclusivité du secteur public** pour les accouchements
- ▶ **Dotation populationnelle** : les maternités sont financées selon le nombre de naissances attendues au niveau territorial
- ▶ Fermetures de maternités qui ne réalisent pas assez d'accouchements
- ▶ Politique d'incitation à la naissance (congés parentaux de 480 jours jusqu'aux 8 ans ½ de l'enfant, congés enfant malade qui permet d'assurer 80% des revenus et ce jusqu'aux 12ans de l'enfant, quality bonus...)



- ▶ 90% de la population est concernée par l'assurance maladie légale
- ▶ Généralement les femmes accouchent dans le public, elles peuvent demander des services particuliers (un médecin précis, une meilleure chambre etc.) mais cela est payant
- ▶ Il existe deux systèmes de paiement :
- ▶ **Secteur public**
 - ▶ DRGs pour les soins en hospitalisation (accouchement et soins post-nataux à l'hôpital)
 - ▶ Paiement à l'acte pour les autres soins
 - ▶ L'assurance publique prend en charge un certain nombre de soins (3 échographies, des vaccins, des rdv sages-femmes etc.) . Si la patiente fait la demande de soins supplémentaires, ces derniers sont à sa charge
- ▶ **Secteur privé** (43% des 3000+ établissements)
 - ▶ Le remboursement est basé sur un autre catalogue qui définit le prix de chaque traitement
 - ▶ L'accouchement en secteur privé coûte plus cher
 - ▶ Il existe un barème des honoraires des médecins (Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ))
- ▶ A noter que les Länder disposent de leurs propres pouvoirs législatifs et sont responsables de la mise en œuvre des lois fédérales ainsi que de la planification et du financement des soins hospitaliers. Ils assurent, par ailleurs, une supervision technique et hiérarchique du service municipal de santé publique.

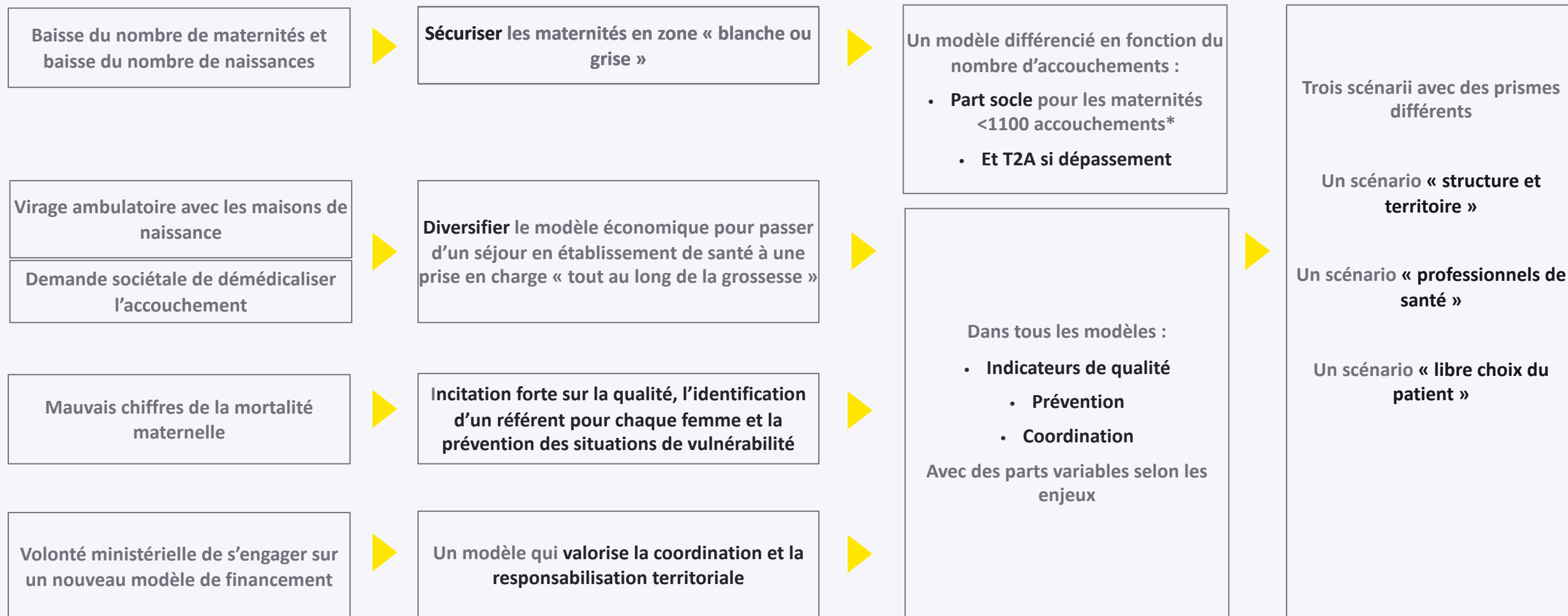
Adaptabilité des modèles étrangers de financement de la maternité

Pays	Nom de l'expérimentation	Description du modèle alternatif au paiement à l'acte	Intérêt de ce modèle pour la France	Ce qui ne marcherait pas	L'adaptation qui pourrait être faite
 Angleterre	CQUIN	Programme transversal de paiement à la performance au sein duquel un indicateur de qualité mesurait le taux de césariennes	Le programme de paiement à la performance se rapproche du programme IFAQ déjà déployé en France Introduire des indicateurs à la qualité permet d'orienter les pratiques professionnelles	L'indicateur utilisé (taux de césariennes) ne fait pas consensus parmi les professionnels de santé du secteur privé	Tous les modèles de financement pourront intégrer des indicateurs de qualité Un indicateur de qualité sur la mortalité materno-infantile a semblé faire consensus (hémorragie du post partum, taux de réa néonatale)
	Maternity Pathway Bundled Payment	L'objectif de la réforme de la tarification était de simplifier le paiement ou d'intégrer les soins BP séquencés en 3 phases : prénatale, per et post	Le modèle a déjà été expérimenté dans l'expérimentation épisode de soins (EDS) avec un forfait multi-acteurs Segmentation assez naturelle dans un parcours de soins assez protocolisé (consultations, échographies)	Nécessite une coordination du secteur privé avec des professionnels libéraux Nécessite de définir un référent pour le financement qui aura la charge de la répartition des rémunérations des acteurs sans nécessairement avoir la main sur ces acteurs	L'organisation d'un parcours séquencé en plusieurs phases pourrait tout à fait être mise en œuvre Nécessite de réfléchir à tous les cas de figure et à tous les acteurs impliqués (libéraux)
 Pays-Bas	Dutch Bundled Payment	Démarrent avec le premier rdv de suivi et se terminent entre 7j et 6 semaines			
 Nouvelle-Zélande	Lead Maternity Care	En plus du bundled payment, rôle de référent parcours (SF dans la majorité des cas) pour la femme enceinte	Souhait de la part des acteurs qu'il y ait un référent parcours (gain de temps, gage de qualité sur le volet somatique et la prise en charge médico-sociale)	Mêmes limites que pour les autres BP	Sur le modèle de l'expérimentation RéPAP Protocolisation (suivi libéral, échange avec la maternité, staff médico-social, passage de témoin avec le retour à domicile)
 Suède	NA	Paiement à l'activité Dotation populationnelle	Dotation populationnelle est intéressante pour sécuriser les finances, ancrer dans le territoire	La tendance épidémiologique est une baisse de la natalité en France, ce qui amènerait à avoir des maternités avec de moins en moins d'accouchements donc de moins en moins de financement	Définition d'un point mort (viabilité financière) et d'un maillage territorial (assurer le recours à des soins gynécologiques, santé de la femme)
 Allemagne	NA	Public : DRG et paiement à l'acte Privé : catalogue de prix différent	Régionalisation et négociation locale pour s'adapter aux contraintes du territoire	Remise en cause du fonctionnement actuel de la gouvernance et des financements des établissements de santé	Introduire une part du financement négociée dans le cadre des spécificités du territoire

Orientations pour le modèle de financement

Comment rénover le financement en tenant compte des contraintes de tous les acteurs ?

Explorer d'autres modèles de financement pour prendre en compte la transformation de l'environnement

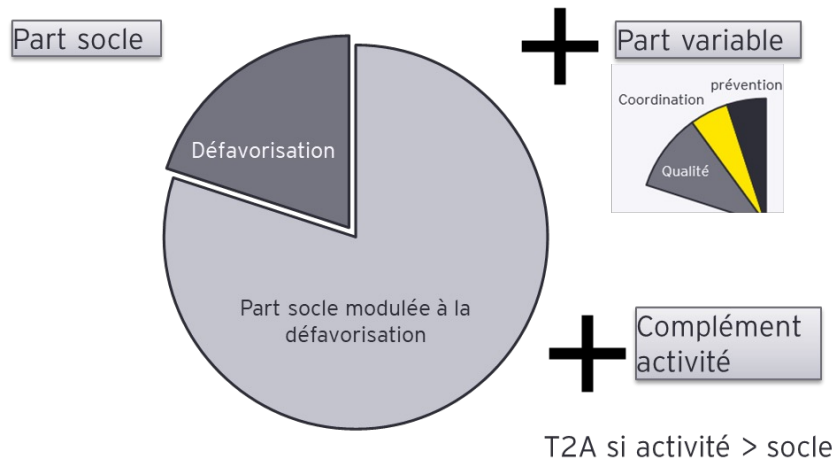


Trois scénarios de financement ont été proposés et 2 retenus pour faire l'objet de simulations

Scénario 1

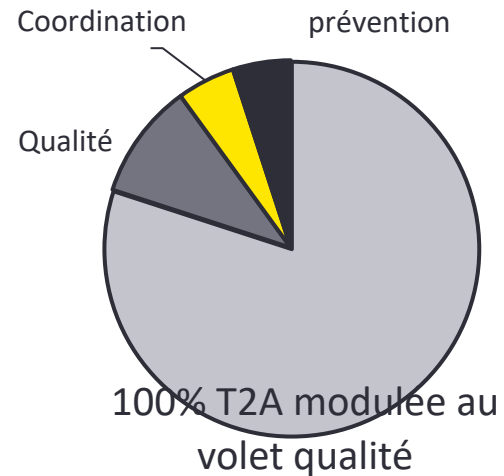
- ▶ Garantie de financement
- ▶ Complément « précarité/défavorisation » du territoire
- ▶ Un complément possible lié à l'activité si la T2A
- ▶ des indicateurs de qualité, coordination et prévention appréciés au niveau départemental, pour l'ensemble des établissements.
- ▶ Maintien des 2 échelles tarifaires

Sales



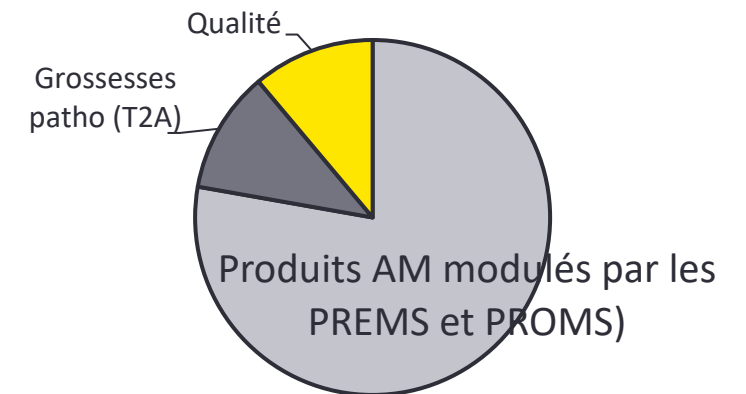
Scénario 2

- ▶ Echelle tarifaire unique
- ▶ 0 RAC sur les accouchements
- ▶ T2A modulée par les indicateurs du volet qualité à l'échelle de l'ES
- ▶ Cotation des actes SF
- ▶ Transfert de la rémunération des GO depuis Cs → accouchement



Scénario 3

- ▶ Maintien des 2 échelles tarifaires
- ▶ Forfaitisation des accouchements physio
- ▶ introduction de la part qualité
- ▶ Introduction des PREMS et PROMS



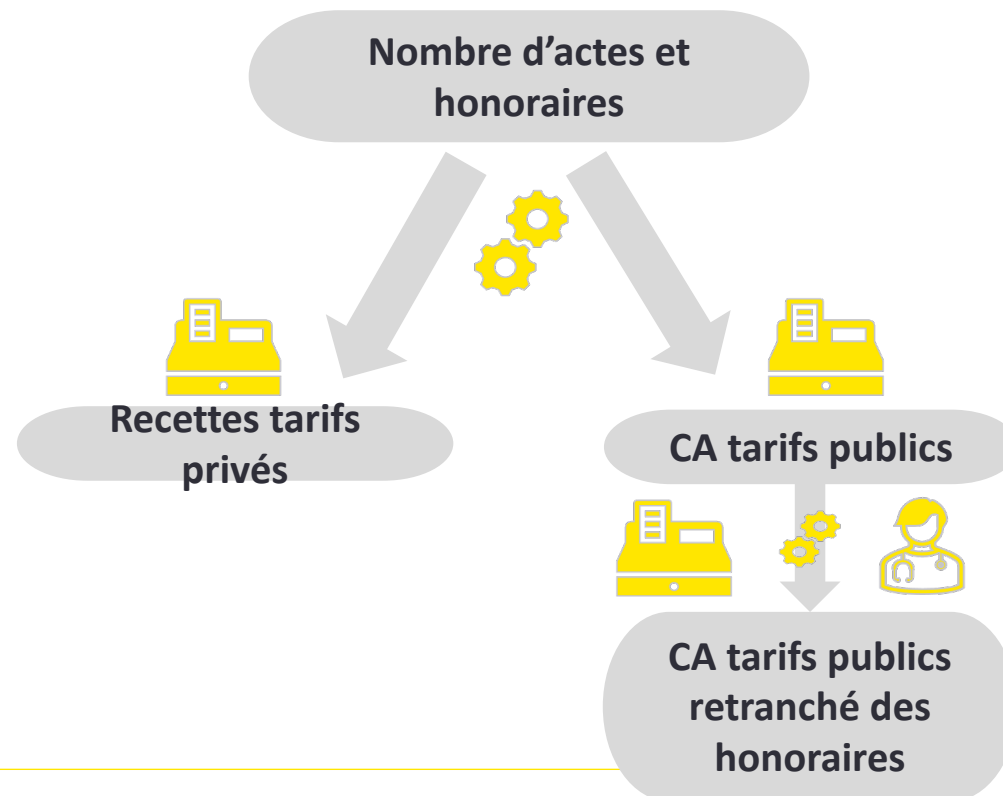
2022 - EY [name of the legal entity] or Ernst & Young [name of the legal entity] or EYGM Limited for cross-border audience - This presentation, intended solely for your internal use, must be considered in the context of the information on which it is based and the spoken comments delivered with it.

What's next?

Données à recueillir pour les simulations de financement

Pour réaliser les simulations, deux recueils sont envisagés :

1. Un sur l'activité réalisée par les structures ie le nombre d'actes pour chaque GHS ainsi que les honoraires associés versés aux GO et éventuellement MAR, SF et pédiatres
2. Le second sur l'activité des SF qui n'est pas tracée



Back up

Royaume-Uni : CQUIN (P4P=>IFAQ)

► Système en place :

- Modèle de pay-for-performance, nommé CQUIN (Commissioning for Quality and Innovation, Payment Framework), mis en œuvre en 2007.
- Le CQUIN se superpose au modèle FFS (Fee-for-service = paiement à l'acte) existant, et ne remplace donc pas la structure de paiement sous-jacente.
- Le CQUIN est composé d'indicateurs qui s'appliquent à tous les établissements de santé concernés.
- Un indicateur a été utilisé et fixé à un taux de césariennes programmées ou non à ne pas dépasser.
- L'indicateur n'a pas été retrouvé dans le set CQUIN 2020/2021 et a peut-être été retiré (à confirmer).
- D'autres modèles de paiement à la performance existent avec des pénalités, comme c'est le cas avec Texas Medicaid Program pour les accouchements avant 37 SA qui ne sont pas nécessaires.

Prevention of ill health	Mental health	Patient safety	Best practice pathways
<ul style="list-style-type: none">• Appropriate antibiotic prescribing for UTI in adults aged 16+• Cirrhosis and fibrosis tests for alcohol dependent patients• Malnutrition screening• Oral health assessments• Staff flu vaccinations	<ul style="list-style-type: none">• Use of anxiety disorder specific measures in IAPT• Outcome measurement across specified mental health services• Biopsychosocial assessments by MH liaison services	<ul style="list-style-type: none">• Recording of NEWS2 score, escalation time and response time for critical care admissions• Screening and treatment of iron deficiency anaemia in patients listed for major elective blood loss surgery• Assessment, diagnosis and treatment of lower leg wounds• Assessment and documentation of pressure ulcer risk	<ul style="list-style-type: none">• Treatment of community acquired pneumonia in line with BTS Care Bundle• Rapid rule out protocol for ED patients with suspected acute myocardial infraction (excluding STEMI)• Adherence to evidence based interventions clinical criteria• Access to patient information at scene• Data security protection toolkit compliance, and access to NHS mail

USA, New-Jersey : Horizon (shared-savings=>EDS)

► Système en place :

- Modèle de shared-savings, nommé Pregnancy Episodes of care program (Horizon), mis en œuvre en 2013.
- Les économies sont calculées en comparant les dépenses de santé de la population incluse dans le modèle de paiement avec les dépenses de la population dans les années précédant la mise en œuvre de l'APM (référence historique).
- Si des économies sont réalisées par rapport à la référence historique, ces économies sont partiellement distribuées aux prestataires de soins de santé.
- Le modèle de partage des économies est unilatéral, les prestataires de soins de santé n'encourent aucun risque financier en cas de dépassement des dépenses.
- Dans ce type de modèle, la distribution des économies dépend des améliorations de la qualité obtenues.
- L'entité désignée responsable est le prestataire qui réalise l'accouchement.

- Le programme inclut à la fois les grossesses à faible risque (depuis 2013) et à haut risque (depuis 2015), mais exclut plusieurs comorbidités de la grossesse comme le VIH et le cancer, ainsi que les soins néonataux pour établir la référence.
- Tous les services de soins prénatals ambulatoires et tous les soins liés à l'accouchement sont inclus.
- Les soins de la mère et du nouveau-né sont inclus.
- Il n'y a pas de stratégies d'atténuation des risques au niveau des dépenses totales.

Royaume-Uni, Angleterre : Maternity Pathway Bundled Payment (BP=>financement au parcours)

► Système mis en place :

- Modèle de bundled payment, nommé Maternity Pathway Bundled Payment, mis en œuvre en 2013.
- Ce nouveau système est une réponse à deux problèmes majeurs précédemment observés : un encouragement à la surconsommation de soins et des types de soins séparés en deux catégories financées de manière différente (FFS (paiement à l'acte) et block contracts = paiement versé à un prestataire pour qu'il fournisse un service spécifique).
- Le MPBP a pour objectifs d'allouer les ressources plus efficacement en maintenant le budget constant.

- Ce système s'organise autour de trois phases : pré natale, naissance, post natale avec paiements supplémentaires pour des complications spécifiques.
- La réforme concerne plusieurs *providers* : les hôpitaux publics, les équipes de sages-femmes et les maisons de naissance.
- Chaque femme choisit son *lead provider* pour chaque phase.
- Le paiement se fait uniquement aux *lead providers* (par exemple trois paiements au même prestataire, ou bien un paiement à chacun des trois prestataires).
- Lorsque qu'un second prestataire intervient dans une phase, il est rémunéré par le *lead provider*.
- Le budget total est basé sur l'ensemble des coûts des trois phases dans l'ancien système.

- Le problème majeur rencontré a été la transmission des données, notamment pour identifier le *lead provider* : s'agissant du professionnel qui reçoit le paiement, il est important qu'il soit correctement identifié.
- A la date du document, aucune évaluation du nouveau système de paiement n'avait été publiée.

Pays-Bas : Bundled Payment (BP =>financement au parcours)

► Système mis en place :

- En 2004, la première Enquête périnatale européenne a montré que les Pays-Bas avaient l'un des taux les plus élevés de mortalité périnatale précoce en Europe occidentale. L'amélioration des soins est devenue une priorité politique.
- La stratégie d'amélioration consiste notamment à favoriser une meilleure collaboration et communication entre les professionnels de santé concernés, ainsi qu'entre les professionnels et les femmes enceintes et leurs familles, dans le cadre d'un modèle de soins intégrés.
- Modèle de bundled payment, nommé Bundled Payment for Maternity Care, mis en œuvre en 2017.
- Il s'agit d'un programme pilote expérimenté par huit groupes régionaux pendant 5 ans.
- Le modèle concerne l'ensemble des acteurs intervenant dans les soins de maternité : les sages-femmes, les gynécologues et les autres professionnels de santé impliqués.
- Il inclut la mise en place de l'Organisation Intégrée des soins de maternité (IGO) = principal contractant, responsabilité clinique et financière.
- Le BP est une combinatoire de neuf modules répartis en **trois phases** (périnatale, natale et postnatale) et **deux niveaux de complexité** (standard ou complexe) :

	I. Phase périnatale	II. Phase natale	III. Phase postnatale
Modules du forfait de maternité	1. Fausse couche (< 16 semaines)	4. Accouchement standard (à domicile ou en ambulatoire) 5. Accouchement à l'hôpital sans indication médicale 6. Accouchement complexe	7. Soins standards 8. Soins complexes 9. Soins postnatals à domicile
	2. Grossesse standard (> 16 semaines)		
	3. Grossesse complexe		

- Pour chaque femme enceinte, l'IGO sera remboursé pour 4 modules. Par exemple les modules 2, 4 ou 5, 7 et 9 pour une grossesse sans complications.

- Le BP démarre lorsque les patientes consultent pour la première fois un professionnel de santé (qui devient le case manager - en général une sage-femme) et s'achève une semaine après l'accouchement.
- Le contenu de chaque module (soins à fournir) est défini par l'Autorité sanitaire néerlandaise (Dutch Health Care Authority/Nederlandse Zorgautoriteit).
- Les prix sont librement négociés entre chaque assureur et l'IGO.
- Les travaux d'évaluation sont en cours.

Nouvelle-Zélande : Lead Maternity Care Model (BP =>financement au parcours)

► Système en place :

- Modèle de bundled payment nommé Lead Maternity Care Model (LMC), mis en œuvre en 2007.
- Ce système inclut les soins de la phase prénatale à la phase postnatale.
- Il fait appel à un *Lead Maternity Carer* qui est engagé par le gouvernement pour coordonner les soins de la parturiente.
- Le *Lead Maternity Carer* reçoit un paiement forfaitaire qui se répartit entre le premier, deuxième et troisième trimestre, le travail, l'accouchement et la période postnatale.
- La grande majorité des *Lead Maternity Carers* sont des sages-femmes (93,4%).
- Il s'agit d'un modèle prospectif : le prix du forfait est défini de manière anticipée et payé en une seule fois.
- Le programme inclut à la fois les grossesses à faible et à haut risques.
- La stratégie d'atténuation des risques exclut les soins néonataux et les consultations auprès d'obstétriciens.
- Il a été établi que ce mode de fonctionnement a permis d'augmenter le niveau de satisfaction des patientes et de limiter l'augmentation des interventions (césariennes, utilisation d'instruments lors de l'accouchement, déclenchement du travail et anesthésie péridurale).

France : Parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique (1/2)

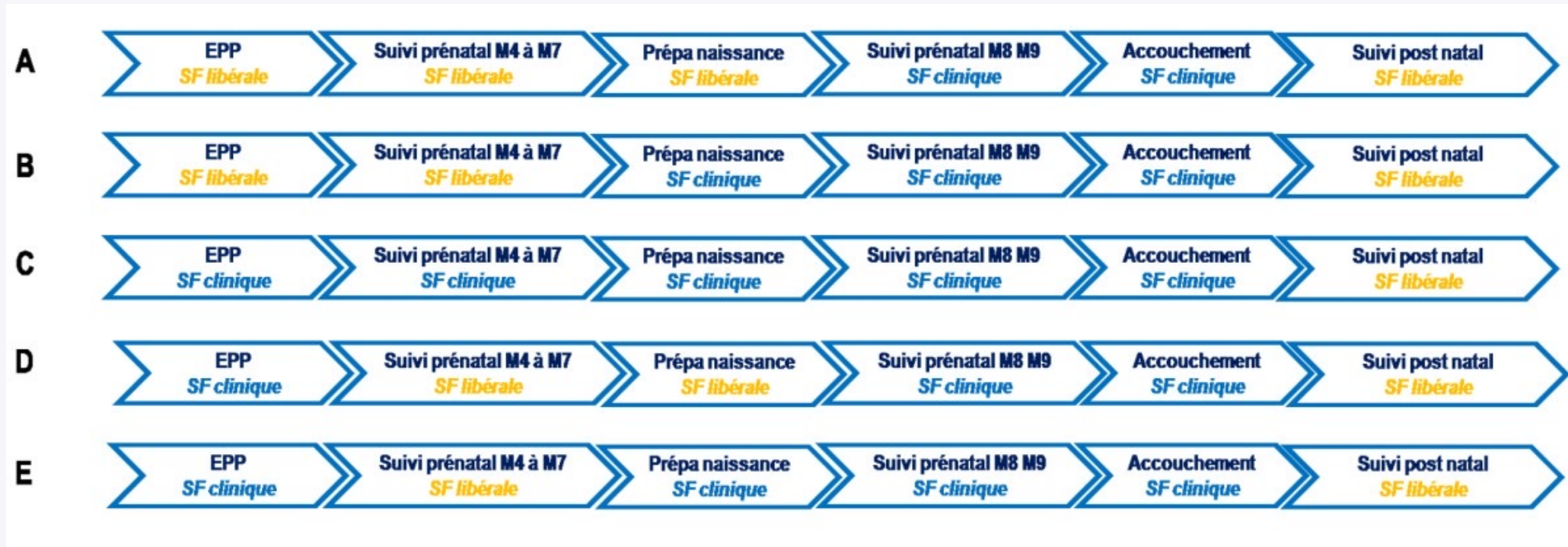
▶ Contexte :

- ▶ Les enjeux sont l'évolution peu favorable du contexte des grossesses (vieillesse, obésité, chômage des futures mères), l'absence d'amélioration des indicateurs de santé périnataux, l'absence de coordination des parcours de périnatalité et la surconsommation de soins qui fragilise la maîtrise des dépenses.
- ▶ Le financement actuel (facturation à l'acte) ne permet pas la coordination du suivi des femmes, réalisé en partie en ville et en partie en établissement de santé.
- ▶ Dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018. HOSPI GRAND OUEST et trois cliniques mutualistes situées en Bretagne et Pays de Loire proposent un projet d'expérimentation permettant d'optimiser le parcours de la parturiente.

▶ Système mis en place :

- ▶ L'expérimentation doit durer trois ans et concerner 250 femmes par an, suivies pour une grossesse physiologique (80% des grossesses).
- ▶ Cette expérimentation constitue :
 - ▶ **Une innovation organisationnelle** : mise en place d'un parcours ville hôpital personnalisé et coordonné, reposant sur une prise en charge par les sages-femmes.
 - ▶ **Un mode de financement innovant** : financement forfaitaire par parturiente, distinguant trois séquences : prénatale, accouchement et postnatale.
- ▶ Pour la séquence prénatale, le forfait se substitue aux règles de financement existantes, à l'acte, et couvre les prises en charge effectuées par la sage-femme, qu'elle soit salariée ou libérale, ainsi que les échographies de suivi, les consultations de médecin anesthésiste et consultations spécialisées organisées en établissement.
- ▶ Pour la séquence hospitalière, le forfait se substitue à la facturation du séjour de la parturiente et du nouveau-né.
- ▶ Pour la séquence postnatale, le forfait se substitue aux règles de financement existantes, à l'acte, et couvre les prises en charge effectuées par la sage-femme.
- ▶ Les trois séquences (prénatale, hospitalière et post natale), associées à deux catégories d'acteurs (sages-femmes libérales et établissements), aboutissent à cinq types de parcours (cf. diapo suivante).

France : Parcours de périnatalité coordonné ville-hôpital dans le cadre d'une grossesse physiologique (2/2)



Les cinq parcours identifiés.

► Impacts attendus :

- Il est prévu d'évaluer si le dispositif proposé est efficace et si le financement forfaitaire a un caractère incitatif à un meilleur accompagnement.
- Des indicateurs permettront d'évaluer l'amélioration du service rendu pour les usagers, l'impact sur l'organisation et les pratiques professionnelles ainsi que l'augmentation de l'efficacité du système de santé (exemples d'indicateurs p.20 du document source).
- Une évaluation simultanée sur un groupe témoin non intégré dans l'expérimentation est également prévue.

Les découpages des financements au parcours

L'exemple néerlandais :

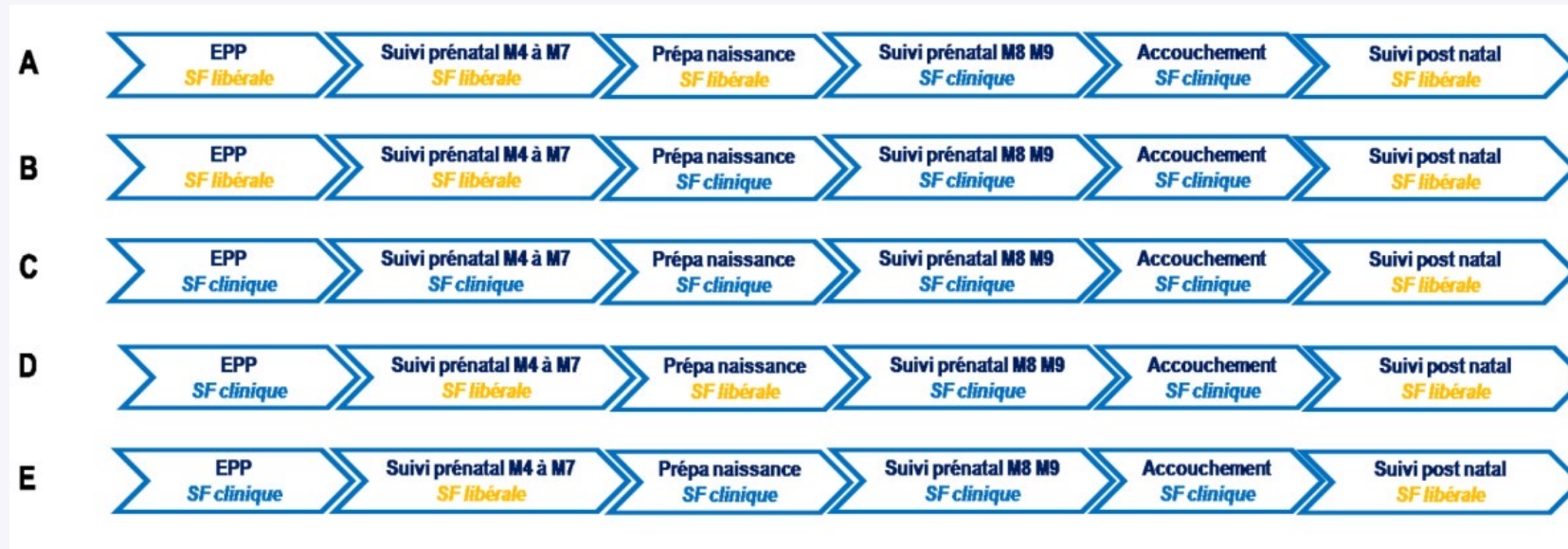
	I. Phase périnatale	II. Phase natale	III. Phase postnatale	
Modules du forfait de maternité	1. Fausse couche (< 16 semaines)	4. Accouchement standard (à domicile ou en ambulatoire) 5. Accouchement à l'hôpital sans indication médicale 6. Accouchement complexe	7. Soins standards 8. Soins complexes	
	2. Grossesse standard (> 16 semaines)			9. Soins postnatals à domicile
	3. Grossesse complexe			

- ▶ Pour chaque femme enceinte, il y a 4 modules remboursés. Par exemple, pour une grossesse sans complications, les modules 2, 4 ou 5, 7 et 9.







Les parcours (Pays-Bas, Angleterre et Hospi GO) sont tous organisés autour des 3 étapes : prénatale, natale et postnatale.



Les 5 parcours de l'expérimentation Hospi Grand Ouest :



Découpage des périodes dans le cas des financements au forfait

	Démarrage de la phase prénatale	Sortie de la phase postnatale
 Royaume-Uni Maternity Pathway BP	1 ^{er} RDV SF/Généraliste 10 semaines environ	6 semaines après la naissance
 Pays-Bas Dutch BP	1 ^{er} RDV SF/Obstétricien	7 jours après la naissance
 Nouvelle-Zélande Lead Maternity Care	1 ^{er} RDV SF/Généraliste	4 à 6 semaines après la naissance
 France Hospi GO	Diagnostic de grossesse (EPP) 3 mois environ	2 mois après la naissance

Tarifs pratiqués dans les modèles néo-zélandais et Hospi GO

	Phase prénatale	Phase natale	Phase postnatale	Total
 Nouvelle-Zélande	608,17 € (989,5 NZD)	898,59 € (1 462 NZD)*	396,13 € (644,50 NZD)**	1 902,89 €
 France (Hospi GO)	1 060,04 €	3 122,69 €	192,4 €	4 375,13 €

* Le montant varie selon les modalités de l'accouchement (à domicile, zone rurale, circonstances exceptionnelles, ...)

** Le montant varie selon les modalités de soins postnatals (hospitalisation ou non, déplacement en zone rural, ...)

Tarifs pratiqués dans les modèles néo-zélandais et l'expérimentation française Hospi GO

1	Maternity LMC Antenatal Services (WMI007)	Fees (GST Excl)	3	Maternity LMC Postnatal Services (WMI009) (Services Following Birth)	Fees (GST Excl)
(1)	first and second trimester:		(1)	services following birth:	
	(a) full fee	403.00		(a) received inpatient postnatal care:	
	(b) first partial fee	230.00		(i) full fee	644.50
	(c) last partial fee	164.50		(ii) first partial fee	315.50
(2)	third trimester:			(iii) last partial fee	315.50
	(a) full fee	586.50		(b) no inpatient postnatal care:	
	(b) first partial fee	232.50		(i) full fee	724.00
	(c) last partial fee	354.00		(ii) first partial fee	355.50
				(iii) last partial fee	355.50
				(c) additional postnatal visits	208.00
2	Maternity LMC Labour and Birth Services (WMI008)	Fees (GST Excl)	(2)	services following birth if a general practitioner or obstetrician has used hospital midwifery services:	
(1)	labour and birth:			(a) received inpatient postnatal care:	
	(a) first birth	1462.00		(i) full fee	99.50
	(b) VBAC	1462.00		(ii) first partial fee	50.00
	(c) subsequent birth	1146.50		(iii) last partial fee	50.00
(2)	labour and birth if a general practitioner or obstetrician has used hospital midwifery services:			(b) no inpatient postnatal care:	
	(a) first birth	523.00		(i) full fee	133.50
	(b) VBAC	523.00		(ii) first partial fee	67.00
	(c) subsequent birth	400.00		(iii) last partial fee	67.00
(3)	homebirth supplies and support	590.50	(3)	rural travel:	
(4)	birthing unit support	302.00		(a) semi rural:	
(5)	labour and birth (exceptional circumstances)	407.50		(i) full fee	347.50
(6)	labour and birth rural support	670.50		(ii) first partial fee	170.50
				(iii) last partial fee	170.50
				(b) rural:	
				(i) full fee	523.50
				(ii) first partial fee	254.50
				(iii) last partial fee	254.50
				(c) remote rural:	
				(i) full fee	928.50
				(ii) first partial fee	455.00
				(iii) last partial fee	455.00

a) Séquence 1 : Phase pré natale

La consultation de 39^{ème} semaine, fréquemment réalisée par les sages-femmes des cliniques, fera l'objet d'une évaluation avant d'intégrer, le cas échéant, le forfait.

Action	Acteurs impliqués	Nombre	Coût unitaire	Coût total	Forfait Allégé	
Compris dans le forfait initial	Evaluation Périnatale Précoce	OPTION A,B : SF LIBERALE	1	42,00 €	42,00 €	
		OPTION C,D,E : SF SALARIEE				
	Bilan prénatal (SF Libérale qui fera le suivi post natal)	SF LIBERALE	1	35,28 €	35,28 €	
	Consultation de suivi T4 / T5 / T6 / T7	OPTION A,B,D,E : SF LIBERALE	4	25,00 €	100,00 €	
		OPTION C : SF SALARIEE				
	Consultation T8 T9	SF SALARIEE	2	25,00 €	50,00 €	
	Consultation supplémentaire	OPTION A,B,D,E : SF LIBERALE	1	25,00 €	25,00 €	0 €
		OPTION C : SF SALARIEE				
	Préparation naissance (2 à 3 patientes ou couple)	OPTION A,D : SF LIBERALE	7	32,48 €	227,36 €	97,44 €
		OPTION B,C,E : SF SALARIEE				
	Ateliers de 2 heures (allaitement, éducation, nesting ...)	OPTION A,D : SF LIBERALE	4	35,00 €	140,00 €	70 €
		OPTION B,C,E : SF SALARIEE				
	Consultations spécifiques (addictologie, psychologue, diététicienne, service social)	PERSONNEL CLINIQUE	2	25,00 €	50,00 €	0 €
	Échographie biométrique et morphologique d'une grossesse unifatale T2 T3	GYNECO OBSTETRICIEN LIBERAL	2	100,20 €	200,40 €	
		GYNECO OBSTETRICIEN SALARIE				
Consultation MAR	MAR LIBERAL	1	30,00 €	30,00 €		
	MAR SALARIE					
Forfait "coordination des parcours"	SF COORDINATRICE	1	100,00 €	100,00 €		
Forfait "référence + téléconseil"	OPTION A,B,D,E : SF LIBERALE	1	30,00 €	30,00 €		
	OPTION C : SF SALARIEE					
Forfait "participation à l'expérimentation"	SF LIBERALE	1	30,00 €	30,00 €		
Non compris dans le forfait	Consultation et échographie de diagnostic de grossesse					
	Bilans biologiques					

b) Séquence 2 : Hospitalisation pour accouchement

Action	Coûts	Nombre	Coût total
Compris dans le forfait initial	GHS Mère multipare	1	2 007,97 €
	GHS Mère primipare	1	2 442,91 €
	GHS BB	1	894,00 €
	Majoration sortie précoce (avant 72h pour voie basse)	1	25,00 €

* Pondération au regard de la répartition moyenne des accouchements primipares et multipares

c) Séquence 3 : Phase post natale

Action	Nombre	Coût unitaire	Coût total
Compris dans le forfait initial	Entretien individuel post natal	1	42,00 €
	Surveillance à domicile	2	50,20 €
	Consultation maman par SF	1	25,00 €
	Consultation supplémentaire	1	25,00 €
Non compris dans le forfait	Consultation de pédiatrie		

Avantages et inconvénients des différentes modalités de financement

Avantages

Inconvénients

Paiement à l'acte

- ▶ Incite à la productivité
- ▶ Relativement flexible et s'emploie quelle que soit la taille de l'établissement, la structure organisationnelle, le type de soin ou de professionnel
- ▶ Simplicité dans la logistique de facturation

- ▶ Pas de prise en compte de la qualité des soins délivrés
- ▶ Peu ou pas d'incitation à fournir des soins efficaces ou à éviter des soins inutiles
- ▶ Agit comme un obstacle à la coordination des soins

Paiement à l'épisode (BP)

- ▶ Améliore la coordination entre plusieurs professionnels ou institutions
- ▶ Flexibilité en termes de lieu et de calendrier pour les soins fournis
- ▶ Gestion efficace d'un épisode de soins (réduit les coûts de traitement/gestion)

- ▶ Nécessite de définir les limites d'un épisode
- ▶ Peut créer des obstacles au choix du prestataire et/ou aux préférences géographiques des patients
- ▶ Manque d'incitation à réduire les épisodes inutiles
- ▶ Tendance à éviter les patients à haut risque ou les cas qui pourraient dépasser le paiement moyen par épisode

Capitation / dotation populationnelle

- ▶ La dépense totale est aisément prévisible puisque le nombre de capitations versées ne peut dépasser le nombre de citoyens ou résidents
- ▶ Le médecin/l'établissement a un meilleur effet de levier contractuel dans la négociation avec les payeurs

- ▶ Les meilleurs médecins/établissements peuvent s'approprier une part plus importante en attirant à eux la patientèle
- ▶ Risque de marginalisation des patients susceptibles d'avoir des coûts élevés
- ▶ Le risque financier peut être élevé si des soins de patients complexes ou chroniques sont pris en charge

Avantages et inconvénients des différentes modalités de financement

Avantages

Inconvénients

Paiement à la performance

- ▶ Favorise l'efficacité des soins, met l'accent sur les résultats des soins, en particulier lorsqu'ils sont mesurables
- ▶ Améliore la collaboration et favorise la responsabilisation parmi les fournisseurs de soins

- ▶ Des mesures et des critères rigides peuvent mener à éviter les patients à haut risque et à rejeter les patients non conformes
- ▶ La charge de travail administratif pourrait entraîner une diminution de l'attention portée aux soins des patients
- ▶ Les critères choisis ne reflètent généralement pas la complexité des soins aux patients atteints de plusieurs pathologies

Modèle de partage des économies

- ▶ Peut inciter à fournir des soins de haute qualité et rentables aux participants
- ▶ Le modèle unilatéral permet de ne partager que les gains
- ▶ Peut aider à diversifier les sources de revenus des prestataires pour être moins dépendants des volumes de services

- ▶ Nécessite des dépenses en anticipé
- ▶ Entraîne des coûts administratifs accrus (collecte, suivi, transmission de données et leur vérification)
- ▶ Le modèle bilatéral implique le partage des pertes également



Importance de combiner les différents modes de financement pour réduire les effets adverses

Les objectifs à se donner pour la réforme du financement de la périnatalité

1. Identification des risques et facteurs de risque médico-psycho-sociaux
2. Bonne orientation/ Respect de la gradation des soins à tous les niveaux
3. Meilleure valorisation financière du temps de prise en charge des grossesses à facteurs de risques et à haut risque
4. Valorisation financière du temps de coordination et d'orientation des grossesses complexes
5. Prévention et éducation des parents
6. Adéquation entre les attentes de la parturiente et la « meilleure proposition médicalement acceptable »
7. Réduction du risque médico-légal
8. Respect de la physiologie (demande des femmes/ recommandations HAS/entrée des maisons de naissance dans droit commun/augmentation de la demande des accouchements à domicile)
9. Meilleure identification des dépressions post natales
10. Accompagnement de la stratégie d'allaitement maternel
11. Identification des fragilités voire vulnérabilités des nouveau-nés afin de proposer un parcours adapté (1000j)
12. Demande sociétale en évolution/court séjour hospitalier/guidance parentale renforcée
13. Renforcer le rôle de pilote de la maternité sur le parcours périnatal
14. Meilleure visibilité des ressources financières de la maternité
15. Maintenir l'attractivité dans les maternités pour les GO, les pédiatres (rémunération et astreintes) et sécuriser ressources SF
16. Cotation de tous les actes réalisés et actuellement non rémunérés, par les personnels compétents
17. Sécuriser les GO sur primes d'assurance/volume d'actes
18. Sortir de la salle de naissance et avoir du temps sur d'autres volets de prise en charge de la périnatalité
19. Financer les actions de prévention (labellisation)

Les variables du modèle de financement

Éléments à inclure dans le modèle :

1. **Financement de la prévention** (par opposition avec le fonctionnement actuel qui rémunère des soins curatifs) ? Oui absolument / non pas du tout / peut être
2. **Prise en charge des accouchements physiologiques par SF uniquement, sous supervision du GO** (par opposition au fonctionnement actuel) ? Oui absolument / non pas du tout / peut être
3. **Prise en charge des accouchements pathologiques par GO uniquement, avec une revalorisation du financement** (par opposition au fonctionnement actuel) ? Oui absolument / non pas du tout / peut être
4. **Accouchements en maternité et séjours en hôtel hospitalier** (par opposition avec des séjours strictement hospitaliers) ? Oui absolument / non pas du tout / peut être
5. **Financement de tout ou partie de l'assurance du/des praticiens par l'établissement** (par opposition avec primes individuelles actuelles) ? Oui absolument / non pas du tout / peut être
6. Faire évoluer le positionnement des **maternités en pilotes sur le territoire** et affiliation des SF libérales pour prendre en charge le des parcours des femmes enceintes ? Oui absolument / non pas du tout / peut être
7. **Introduire un financement partagé à la coordination** pour les SF libérales et les établissements de santé ? Oui absolument / non pas du tout / peut être
8. **Introduire un financement de la coordination entre le pédiatre de néonate et la médecine de ville** pour les NN suivis en néonate ? Oui absolument / non pas du tout / peut être



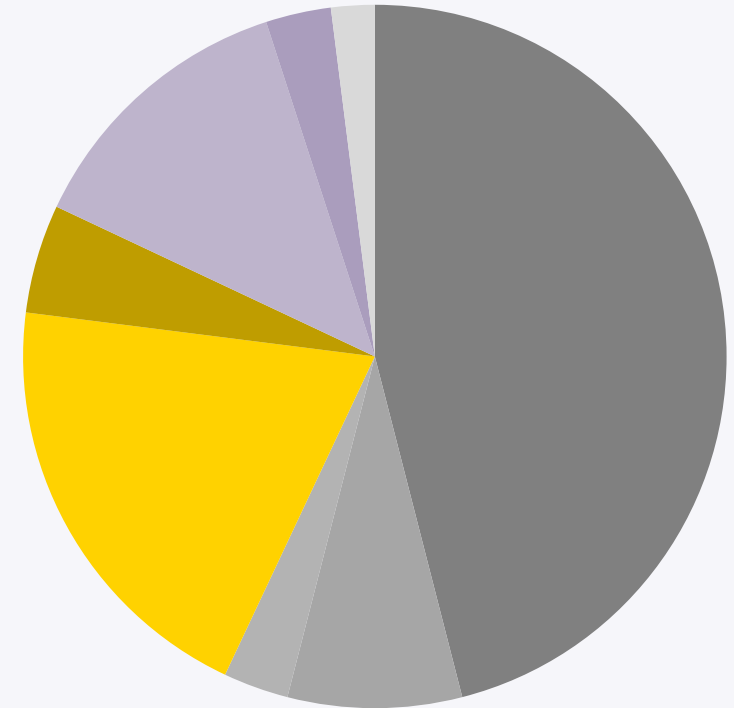
Les variables du modèle de financement

Briques à conserver dans le modèle de financement

1. Part à l'activité : oui/non
2. Dotation socle : oui/non
3. Coordination des soins sur le territoire : oui/non
4. Prévention : oui/non
5. Part qualité : oui
6. Financement au parcours (forfait multi-acteurs ville-ES) : oui/non

Pour les compartiments conservés, à quelle hauteur fixer la répartition ?

1. Part à l'activité ? 0, 10, 25, 50 ou 75%
2. Dotation socle ? 0, 25, 50, 75 ou 90%
3. Coordination des soins sur le territoire ? (MIG/FIR) 0, 2, 5, 10 ou 20%
4. Prévention (forfait) : 0, 2, 5, 10 ou 20%
5. Part qualité (IFAQ) : 0, 2, 5, 10 ou 20%
6. Financement au parcours (forfait multi-acteurs ville-ES) : 0, 10, 25, 50 ou 75%





Proposition d'indicateurs

Qualité

Nombre d'HPP
Nombre de Mort fœtale in utéro à terme
Nombre de transferts
Indicateur de mortalité infantile
Indicateur de mortalité maternelle
Taux de satisfaction des femmes
Qualité de l'accompagnement à l'allaitement

Coordination

Nombre de passages aux urgences
Nombre de consultations non obligatoires (en urgence et non programmées)
Taux d'EPP réalisés
Taux d'entretien post-natal réalisés
Nombre de femmes et couples adressés à la PMI

Prévention

Nombre de dépressions du post partum repérées et prises en charges
Nombre de femmes qui ont diminué leur consommation d'alcool et/ou leur tabagisme
Taux de repérage des FDR individuels de difficultés psychologiques périnatales
Taux de repérage des FDR sociaux (exposition à la violence)